

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 26

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Raymond-Jean CORNICHE

Né le 4 Septembre 1906, à BRIOUX-SUR-BOUTONNE (Deux-Sèvres)

**VOLVULUS PARTIEL ITÉRATIF
DU GRÊLE SURVENU NEUF ANS
APRÈS UN PREMIER ACCIDENT
TRAITÉ PAR RÉSECTION INTESTINALE**

Président : M. GRÉGOIRE, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Raymond-Jean CORNICHE

Né le 4 Septembre 1906, à BRIOUX-SUR-BOUTONNE (Deux-Sèvres)

**VOLVULUS PARTIEL ITÉRATIF
DU GRÊLE SURVENU NEUF ANS
APRÈS UN PREMIER ACCIDENT
TRAITÉ PAR RÉSECTION INTESTINALE**

Président : M. GRÉGOIRE, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES
BENARD Henri	Pathologie chirurgicale
BERNARD Et.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Physiologie.
BOULIN	Histologie.
BULLIARD	Pathologie médicale.
CATHALA	Oto-rhino-laryngologie.
COSTE	Pharmacologie.
FEY	Anatomie pathologique
DOGNON	Hygiène.
FUNCK	Obstétrique.
	Obstétrique.
BRENTANO	LANTUEJOL
GASTINEL	Pathologie médicale.
GAILLARD	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Parasitologie.
	Bactériologie.
	LELONG

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
ÖBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophtalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LE ROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie
VAUDESCAL ...	

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
FRULE	
CHARROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-RADOT	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
HEIZ-BOYER ..	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ ...	} Clinique obstétricale
VELTER	
ECALLE	
LE LORIER	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé ..	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

*Faible témoignage de reconnaissance
pour la tendre sollicitude dont ils n'ont
cessé de m'entourer.*

A la mémoire de mon Cousin Louis GATELLIET

Elève de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine

*Mort pour la France et trop tôt enlevé
à mon affection.*

Au Professeur GREGOIRE

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire le très grand
honneur de présider cette thèse, hommage
respectueux.*

Au Docteur René DUBOIS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital de Saint-Nazaire

Qui fut le principal artisan de cet ouvrage, qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de mon affectueux respect, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de me témoigner.

A MES MAITRES DES ECOLES DE MEDECINE
DE NANTES ET DE POITIERS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE SAINT-NAZAIRE ET MONTMORILLON

INTRODUCTION

Notre intention n'est pas de reprendre en cette modeste présentation l'historique, la pathogénie, le mécanisme ou la clinique du volvulus de l'intestin grêle.

Depuis les cas princeps d'Andral et de Rokitansky, les publications et cliniques du Professeur Pierre Delbet, l'important mémoire de Guibé dans la *Revue de Chirurgie*, les travaux du Professeur Grégoire et la thèse de son élève Bonnecaze ont, avec l'apport de multiples publications françaises ou étrangères, mis au point, fait connaître, vulgarisé la notion et la fréquence du volvulus du grêle.

Notre faible expérience ne pourrait nous conduire qu'à des copies ou redites inutiles sans la moindre valeur d'originalité.

Le temps ne nous a pas été donné du reste de nous livrer à des recherches personnelles. Nous voudrions seulement, à l'aide de l'histoire d'un malade qu'il nous a été donné partiellement de suivre et de son observation intégrale que nous devons à l'obligeance de l'un des chirurgiens de l'Hôpital de St-Nazaire, le Docteur René Dubois, ancien Interne des Hôpitaux de Paris, et ancien chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté, signaler la lésion rare dont nous n'avons pas trouvé d'exemple dans la littérature, d'un volvulus partiel et

itératif du grêle survenu neuf ans après une résection faite pour une première lésion identique.

A l'aide de cette observation, nous indiquerons les réflexions qu'elle nous a suggérées sur la pathogénie et le mécanisme du volvulus.

Nous nous permettrons enfin d'insister sur l'irrégularité de valeur ou l'absence de certains symptômes qui à juste titre sont considérés comme classiques, méritent de le demeurer mais peuvent être entachés d'un polymorphisme qui à première vue pourrait être trompeur.

Nous aurons ainsi fixé les limites d'une thèse qui ne vise à aucun autre but.

Nous nous excusons de déroger au plan habituel d'un pareil travail en apportant en premier lieu l'observation détaillée qui en fait l'objet. Sa connaissance en étant prise, nous en tirerons les réflexions et les conclusions qu'elle nous a suggérées.

OBSERVATION

L..., 53 ans, paludier, est pris le 25 août 1928, à 5 h. du matin, d'une douleur violente abdominale, périombilicale. Des efforts de défécation immédiats amènent une selle bientôt suivie d'un grand vomissement. Après ce début brutal les douleurs s'atténuent, les vomissements *ne reprennent que dix heures après les premiers symptômes* vers 15 h. et 17 h. Sur l'appel du Docteur Durbin, du Croisic, le malade est alors vu par le Dr René Dubois. Le malade raconte lui-même et en détail son histoire, prétend ne plus souffrir, voudrait se lever et reprendre son travail. Son facies est peu altéré, sa température normale, son pouls bien frappé, régulier, battant à 80 pulsations à la minute. L'exploration de l'abdomen est entièrement négative sauf en un point de la fosse iliaque droite répondant au Mac-Burney, sans défense musculaire, sans déformation, sans rep-tation d'anses sous la paroi. Il semble s'agir d'une crise appendiculaire. La répugnance du malade à une intervention fait différer celle-ci jusqu'à l'examen du lendemain.

Le 26 août au matin le malade est revu. Il a dormi pendant la nuit, les douleurs ne se sont pas reproduites, non plus que les vomissements, mais il n'y a eu émission ni de selles, ni de gaz depuis la veille.

A l'examen le ventre est parfaitement souple et mobile. Son inspection prolongée ne décèle ni borborygmes, ni signe de Von Wahl, mais une tuméfaction tympanique permanente se dessine dans la fosse iliaque droite, la palpation en est légèrement douloureuse et la douleur s'irradie vers l'ombilic.

Les signes généraux sont très modifiés par rapport au précédent examen : le facies est tiré, le nez pincé, la respiration assez rapide et superficielle, la langue sèche, le pouls à 128 pulsations par minute, la température à 38°.

L'absence totale de gaz, l'altération de l'état général, la présence d'une tuméfaction permanente dans la fosse iliaque droite font porter le diagnostic d'occlusion intestinale et la nécessité opératoire urgente que comporte le diagnostic.

INTERVENTION.

Anesthésie générale au Schleich.

Incision au niveau de la fosse iliaque droite (Jalaguier). Le péritoine pariétal est œdématié et de teinte ardoisée. Sitôt celui-ci ouvert s'écoule du ventre un abondant liquide séro-hématique très fortement odorant. En même temps font irruption hors de l'abdomen plusieurs anses grêles dilatées, noirâtres sur toute leur étendue. A leur niveau le péritoine viscéral est longitudinalement éraillé en de multiples points. On repère rapidement qu'il s'agit d'un volvulus des dernières anses de l'intestin grêle.

Le segment correspondant du mésentère est infiltré,

œdédié, infarci, volulé à sa base en deux tours de spire. On ne note pas trace d'une bride quelconque à ce niveau. La détorsion paraît difficile du fait de l'aspect complexe que présentent les anses volulées. L'état du segment intestinal nécessitant une résection, celle-ci est immédiatement pratiquée.

Section de l'iléon au ras de son abouchement cœcal, suture et enfouissement. Section du grêle franchement en amont des lésions : résection du cône mésentérique, hémotase et suture iléo-colique termino-latérale. L'abouchement du grêle se faisant alors sur la face interne du cœlon ascendant, à quelques centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale.

Fermeture de la brèche mésentérique. Un drain dans la fosse iliaque droite et fermeture de la paroi.

Les suites opératoires furent simples, le malade quittait la clinique au 15^e jour, toutes fonctions intestinales rétablies.

EXAMEN DE LA PIÈCE RÉSÉQUÉE.

L'examen de la pièce montrait un mécanisme de torsion complexe : l'avant-dernière anse du grêle était volulée *sur son axe longitudinal* et adhérait d'une manière intime par sa face postérieure au versant droit de son mésentère. A cette première torsion s'ajoutait le volulus des anses sus et sous-jacentes sur leur axe mésentérique qui avait entraîné dans un même genre de torsion l'anse précédemment volulée longitudinalement.

La résection comprenait un mètre d'anse grêle à

ondulations très serrées des anses maintenues en accordéon par une insertion mésentérique à godronnage particulièrement serré. Entre les deux extrémités de la résection intestinale le mésentère mesurait 27 cm.

L..., reprit son existence normale et pendant neuf ans pratiqua son métier de paludier particulièrement dur au cours de l'été. Pendant ce laps de temps il n'accusa ni troubles digestifs, ni troubles fonctionnels intestinaux.

En 1930, s'installe une hernie inguino-scrotale droite.

Le 18 juillet 1937, L..., âgé de 62 ans, est pris, peu de temps après son dîner, d'une douleur abdominale soudaine et violente. Un vomissement alimentaire survient presque aussitôt. Après quoi, le malade paraît calmé mais vers 3 heures du matin, six heures après le début des accidents, il est repris de douleurs sans vomissements. Il est aussitôt transporté à la clinique du Dr René Dubois.

A son arrivée L..., se dit calmé. De fait, couché dans son lit, il répond sans difficulté, sans agitation, sans angoisse, aux renseignements qui lui sont posés.

L'examen de l'abdomen montre à droite une légère voussure de la région inguino-scrotale. La hernie que présente L... est assez tendue, non douloureuse, elle est facilement réductible. Comme le malade ne portait jamais de bandage et qu'il se livrait à des travaux de force, pénibles, on suppose cependant une crise d'engouement.

Glace sur la région inguinale.

Six heures après son arrivée, le malade est à nou-

veau examiné : les douleurs ne sont pas réapparues non plus que les vomissements; mais le pouls s'est nettement accéléré (110), le facies s'est également altéré. Il y a une absence totale d'émission de gaz malgré la contention herniaire. L'examen prolongé de l'abdomen ne laisse déceler aucun signe positif : pas de douleur provoquée, pas de bruit hydro-aérique, pas de reptation d'anses sous la paroi. On ausculte pendant un quart d'heure l'abdomen à l'aide d'un stéthoscope et l'on perçoit quelques borborygmes à peine ébauchés.

A jour frisant, en inspectant la paroi abdominale on note une légère asymétrie et la fosse iliaque droite paraît un peu surélevée. L'absence de gaz, la légère tuméfaction de la fosse iliaque droite, l'altération rapide de l'état général et l'odeur de l'haleine qui rappelle celle des vomissements porracés, fait décider de l'intervention. On suppose l'existence d'une occlusion intestinale par bride postopératoire, ou la réduction en masse de la hernie inguinale droite.

INTERVENTION.

Anesthésie générale au Schleich

Incision médiane sous-ombilicale.

Le péritoine ouvert, écoulement d'un liquide séro-hématique abondant qui occupe les parties déclives de la cavité abdominale. Deux anses distendues et infarctées sont facilement extériorisées. En de nombreux points de leur surface, un aspect brunâtre, feuille morte, s'est déjà installé.

Le mésentère correspondant est œdématisé et infiltré. Sa base présente un volvulus très serré constitué par trois tours de spire. Aucune bride à ce niveau. La torsion s'est faite dans le sens des aiguilles d'une montre, la détorsion à l'opposé du précédent accident est des plus faciles. Les anses grêles dévolvulées et étalées sur des champs opératoires, l'on repère la localisation du volvulus. Celui-ci s'est produit au niveau de ce qui est devenu depuis la précédente intervention les deux dernières anses grêles de l'iléon, laissant indemne cæcum et côlon ascendant.

La longueur du méso correspondant à ces anses paraît anormale. De plus, en examinant le mésentère sain sus-jacent aux lésions, on remarque l'irrégularité de ses contours au niveau de ses insertions intestinales. En dehors de l'aspect godronné habituel, le bord intestinal du mésentère dessine frontalement une ligne sinusoïdale donnant suivant les points observés une hauteur de méso très différente.

L'état de l'intestin nécessitant une résection, le grêle est sectionné au ras de l'abouchement iléo-colique de la précédente intervention, suturé et enfoui. En amont des lésions le grêle est sectionné, puis le mésentère correspondant. On termine par une anastomose termino-latérale iléo-transverse. Un drain. Fermeture de la paroi.

Longueur du grêle réséqué : 80 cm.

Les suites opératoires furent déplorables. Le malade ne put vaincre son état de schock malgré toute les médications post-opératoires. La mort survint vingt-quatre heures après cette deuxième intervention.

RÉFLEXIONS

A neuf ans d'intervalle, L..., a donc présenté deux volvulus partiels de la terminaison de l'intestin grêle. Le premier, primitif compliquait la torsion suivant l'axe mésentérique d'une torsion longitudinale d'une des trois anses volvulées. Le deuxième accident auquel on ne peut peut-être pas donner la dénomination de volvulus primitif puisqu'une importante intervention l'avait précédé de neuf ans, s'est présenté cependant du point de vue anatomique dans des conditions identiques au premier. Il ne fut notamment pas constaté de bride fixant ou enserrant les circonvolutions basales du volvulus.

Les conditions de torsion du volvulus étaient d'autant plus superposables qu'au cours de la première intervention l'anastomose iléo-colique basse terminolatérale pratiquée, rappelait de très proche manière l'abouchement normal iléo-cæcal.

Du point de vue pathogénie et mécanisme des accidents les constatations faites sur l'aspect du mésentère commun semblent dignes d'intérêt.

En dehors de certaines publications nordiques qui semblent donner une importance dans le mécanisme du volvulus à l'alimentation particulièrement abondante, à l'encombrement de l'intestin grêle ou à la

pression anormale à l'intérieur de sa lumière, la plupart des auteurs accordent la première importance aux modifications ou aux anomalies mésentériques et Pierre Descomps entre autres, étudiant la pathogénie du volvulus du grêle, déclarait que la question était dominée par les anomalies ou les variations du type normal des méso.

Il est facile, en effet, de concevoir qu'un mésentère commun, à racine anormalement courte, comprise entre ses deux points fixes supérieur et inférieur, puisse facilement subir un mouvement de torsion. Celui-ci sera d'autant plus aisé que l'ensemble du jéjuno-iléon sera plus flottant dans la cavité abdominale, par suite d'une hauteur plus marquée que normalement du mésentère commun. Racine courte et méso long semblent les deux conditions les plus favorables au volvulus, mais l'association de ces deux notions classiques ne semble guère justiciable d'expliquer autre chose que les cas de volvulus total du grêle, intestin et mésentère pivotant alors dans leur ensemble sur l'axe mésentérique.

L'explication mécanique du volvulus partiel primitif du grêle semble nécessiter un autre élément : celui-là même qui est décrit succinctement dans la deuxième partie de notre observation. Nous notons là, d'une part, un godronnage anatomique du mésentère extrêmement serré, rassemblant, accolant presque les anses grêles et, d'autre part, suivant les points mésentériques examinés une hauteur très variable du méso. Cette hauteur irrégulière faisait dessiner à l'insertion du

mésentère sur l'intestin une ligne sinusoïdale sur un plan frontal et cette disposition semble être des plus favorables à la constitution d'un volvulus partiel de l'intestin grêle. Entre deux segments du mésentère de hauteur relativement courte, s'étale une sorte de cap à méso plus long, portant une, deux ou plusieurs anses intestinales : celles-ci ainsi placées en pointe, en flèche, paraissent se trouver dans une situation éminemment favorable à leur torsion sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque. Plus le mésentère dessinera près de son bord intestinal une forme dentelée, plus les parties saillantes de ses irrégularités auront de facilités de se volvuler isolément et pour leur propre compte, sans entraîner dans la torsion le reste des segments mésentériques.

Si, au cours des deux volvulus relatés, il n'a pas été perçu de bride au niveau de la torsion, du moins est-il possible de saisir la cause occasionnelle du premier accident. Nous avons noté, en effet, l'existence d'un volvulus longitudinal de l'avant-dernière anse grêle accolée par sa face postérieure au versant droit du mésentère probablement par une mésentérite rétractile ancienne qui peut du reste entrer en ligne de compte dans l'irrégularité constatée de hauteur du méso : celle-ci pouvant être aussi bien congénitale qu'acquise. Cet accollement de l'anse au mésentère ne donnait à celle-ci qu'une rotation minimale (90°), mais c'en était sans doute assez pour entraîner une gêne fonctionnelle des mouvements péristaltiques. Selon la remarque du Professeur Grégoire, l'onde pé-

ristaltique en venant butter sur cet obstacle partiel tendait à déclencher l'ébauche du mouvement de torsion amorçant le volvulus.

Dans la genèse du deuxième accident, il est demeuré impossible de saisir la cause occasionnelle de la torsion. Celle-ci a pu se préparer au cours d'un brusque effort d'un travail manuel pénible. Il est impossible d'admettre en tout cas l'obstacle partiel dû à la hernie inguinale, l'anse qui occupait le sac herniaire étant nettement sus-jacente aux anses volvulées.

Observations cliniques

Les aspects différents du schéma habituel des symptômes présentés par notre malade lors de ses accidents successifs peuvent avoir un intérêt plus directement pratique.

LA DOULEUR. — Les auteurs insistent sur son habituelle soudaineté, sur sa violence, sur ses irradiations ombilicales ou profondes vers les lombes. Ce qui reste remarquable et nous avons eu l'occasion de le constater également chez une jeune femme qui présentait un volvulus iléo-colique, c'est l'apaisement qui s'installe parfois après la douleur térébrante initiale.

Vus après le début des accidents, ces malades calmés n'accusaient que le souvenir de leur douleur pour ne plus parler que d'une sorte de gêne, d'endolorissement de la fosse iliaque droite. Cette accalmie peut devenir une cause d'erreur pour le chirurgien qui approche le malade après l'atténuation des signes initiaux, car si

la douleur est en son début plus dramatique, plus profonde dans le volvulus que dans une perforation de viscères creux par exemple, l'acuité première semble s'atténuer dans certains cas de volvulus tandis qu'elle se diffuse et s'accroît dans les heures qui suivent une perforation.

Cette accalmie est d'autant plus trompeuse que dans les cas que nous signalons, la striction du volvulus était extrêmement serrée. En pareille occurrence il doit être possible d'admettre que la striction intense des vaisseaux intestinaux et du système nerveux végétatif inclus dans le méso en sidèrent rapidement les éléments et qu'à cette strangulation des tissus nobles se trouve liée l'atténuation rapide des phénomènes douloureux.

On pourrait ainsi être amené à dire qu'un certain arrêt de la douleur s'établissant après un drame abdominal de courte durée, doit faire penser à un volvulus, et à un volvulus d'autant plus grave que l'atténuation secondaire des phénomènes douloureux est plus marquée.

Dans les cas où la douleur et l'ensemble de la symptomatologie restent assez riches, il est probable, en effet, que le volvulus moins serré laisse une certaine liberté circulatoire, que les éléments nerveux ne subissent pas une asphyxie rapide et que le péristaltisme se trouve conservé.

Nous disons intensité de striction et non pas importance de la torsion, celle-ci pouvant dessiner plusieurs tours de spire suffisamment lâches pour ne pas entraî-

ner les altérations circulatoires nerveuses et pariétales dans des temps aussi brefs que ceux par nous constatés.

Plus grave dans la rapidité de l'évolution des lésions, doit donc être considérée la valeur de la striction déterminée par le volvulus que le nombre même des spires qu'il dessine.

VOMISSEMENTS. — Suivant de près l'apparition de la douleur, ils ont eu peu de tendance à se reproduire. Ils n'ont jamais été incessants ou nombreux. Ils n'ont jamais pris un caractère porracé ou fécaloïde, mais il y avait presque en permanence du hoquet à éructations assez espacées. Toujours par la même explication de sidération rapide des éléments touchés par le volvulus, les mouvements antipéristaltiques facteurs de vomissements, se trouvent atténués : seule a subsisté une certaine irritation haute du Vague qui entretenait le hoquet.

Ce signe classiquement peu signalé s'est en notre observation montré chaque fois plus constant que les vomissements.

ONDE PÉRISTALTIQUE. — On a souvent noté son inconstance. Bonnetaze notait déjà son absence dans les neuf observations qu'il rapportait. Il était absent chez l'homme dont nous donnons l'observation et chez la jeune femme que nous eûmes l'occasion d'examiner avec une attention soutenue et prolongée. Là, encore, ce péristaltisme se dessinant en une ondulation visible à la surface de la paroi abdominale peut dépendre de la gravité du volvulus qui, s'il est très serré, sus-

pend toujours pour les raisons déjà invoquées, les mouvements normaux de l'intestin. Ce péristaltisme serait au contraire possible dans les cas de volvulus peu serré. D'excellente indication quand il existe, ce signe de péristaltisme intestinal ne doit pas être attendu dans les diverses occlusions du grêle de type très serré (invagination, volvulus, bride écrasant l'intestin). Ne pas poser un diagnostic rapide d'occlusion du fait de son absence entraînerait le plus souvent aux plus tristes mécomptes.

SIGNE DE VON WAHL. — Dans la description que cet auteur en cite, en 1889, à propos d'un volvulus de l'intestin grêle, il y avait, en fait, deux éléments de symptômes : d'une part, l'existence de l'onde péristaltique se dessinant sur l'anse sus-jacente au volvulus. Nous avons vu quelle était l'inconstance de ce signe. D'autre part, von Wahl, signalait le ballonnement localisé de l'anse ou des anses volvulées, ballonnement ainsi délimitable par la vue, la percussion et la palpation. Ce ballonnement localisé décrit en sa forme isolée par Schlangé s'est montré constant dans nos observations. Il s'agissait d'un ballonnement discret, figé, sans mouvement, continu, permanent, presque indolore à la palpation n'entraînant qu'une légère asymétrie abdominale quand on regardait à jour frisant la paroi. La dilatation localisée non péristaltique doit donc être considérée comme un excellent signe de volvulus.

AUSCULTATION. — L'auscultation des bruits de l'ab-

domen, des plus confuses encore, mérite cependant de prendre rang dans les divers modes d'examen physique. A côté des bruits hydro-aériques perçus parfois à distance du malade, il en est de plus discrets dont le timbre, la cadence de répétition, la localisation plus fixe ou plus intense en certains points de l'abdomen aident au diagnostic au moins d'occlusion.

Dans les cas rapportés, cette auscultation longtemps prolongée s'est montrée presque entièrement négative. Les tissus volvulés frappés de mort semblaient imposer un silence et une immobilité complète au péristaltisme intestinal habituel et aux manifestations objectives créées par son accentuation.

En résumé, s'il est intéressant de rassembler la totalité des symptômes d'une affection pour arriver à serrer de près un diagnostic étiologique précis, il ne faut pas de l'atténuation ou de l'absence de l'un d'eux, tomber dans une hésitation dont la conséquence s'avère d'heure en heure préjudiciable au malade. Dans notre observation, par deux fois, la pénurie des symptômes ou l'aspect fruste de ceux qui existaient ont fait différer de plusieurs heures l'intervention urgente.

Ce retard entraîna, dans le premier cas, une aggravation manifeste de l'intervention et l'obligation d'une résection intestinale étendue. Il fut sans doute dans le deuxième cas la cause du décès, du fait de la nouvelle complexité opératoire qu'il entraîna. Celle-ci fut mal supportée par un sujet plus âgé et fatigué.

A défaut de diagnostic étiologique précis, l'arrêt des matières et des gaz, les vomissements ou au moins

le vomissement du début de la crise, la douleur initiale ou son rappel demeurent suffisants dans les conditions de facilité et de sécurité qui sont devenues habituelles à la laparotomie pour entraîner de toute urgence son exécution.

Nous voudrions, pour en terminer, insister encore sur l'importance des anamnèses douloureux, si la chance n'a pas été donnée au médecin ou au chirurgien d'assister au déclenchement initial de la crise. Le Professeur Leriche rappelait récemment en l'une de ses leçons, au Collège de France, que pour les médecins « la douleur n'est souvent qu'un symptôme contingent, ennuyeux, bruyant, pénible, difficile à supprimer, mais qui le plus habituellement n'a pas grande valeur ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic ». « Le nombre est infime », ajoutait-il « des maladies qu'elle révèle et souvent quand elle les accompagne, elle ne sert qu'à nous tromper ».

Au moins que devant les rares cas où ces manifestations s'avèrent utiles à un diagnostic dont l'établissement comportera une intervention de sauvetage, nous nous appesantissions sur son caractère, son intensité, son importance, même si lors de l'examen elle se trouve atténuée ou disparue. Ainsi la manifestation de cette douleur dont « la somme a rempli de cris déchirants les mondes et les siècles » aurait-elle été par exception utile à qui l'endura.

CONCLUSIONS

1° La notion d'un volvulus partiel de l'intestin grêle précédemment opéré et réséqué ne doit pas faire éliminer devant un nouveau drame abdominal, la possibilité de la répétition d'une pareille lésion sur un autre segment de l'intestin grêle.

2° Si la douleur, le vomissement initial existent toujours, ces symptômes peuvent s'atténuer ou disparaître rapidement ne laissant qu'à l'arrêt des matières et des gaz un élément primordial de diagnostic opératoire.

3° Il semble que, en dehors des accidents initiaux, la gravité du volvulus soit d'autant plus grande que la symptomatologie s'atténue, dans les heures qui suivent le début de l'affection.

4° A volvulus peu serré sur sa ou ses spires correspondraient la continuation des accidents douloureux et la présence de certains signes physiques (péristaltisme).

A volvulus très serré sidérant rapidement les éléments vasculo-nerveux du mésentère, correspon-

draient les cas en apparence de symptomatologie la plus muette.

5° En pareil cas, l'étude attentive des anamnèses douloureux sera de la plus grande utilité pour décider de l'immédiate urgence de l'intervention, avant que ne s'installent les signes nets de l'altération de l'état général.

Vu :
LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GREGOIRE.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

BONNECAZE. — *Thèse de Paris*, 1924.

Bulletin de la Société de Chirurgie, 1898.

GRÉGOIRE. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1925.

LERICHE. — *Chirurgie de la douleur*. Masson, 1937.

Lyon Chirurgical, 1914.

MONDOR. — *Diagnostics urgents. Abdomen*. Masson, 1937.

VON WAHL. — *Archiv. für chirurgie*, 1889.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE

